

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（宛先）小金井市長

申請者（18歳未満の場合は保護者）

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

小金井市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用申請書兼医師  
指示書作成料助成申請書

小金井市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業について、必要書類を添えて  
次のとおり利用を申請します。

なお、申請者の所得状況について、課税台帳等の公簿により小金井市長が確認する  
こと並びに提出した医師指示書及び利用決定内容について、小金井市長から利用する  
訪問看護事業所に情報提供することについて同意します。

利 用 者	氏名		生年月日		
	住所				
	主たる疾患（障害）名				
	身体障害者手帳	級（程度）	愛の手帳	度（程度）	
医 療 機 関 等	主治医	(医療機関名) (電話番号)		(主治医氏名)	
	現在利用中の訪問看護事業所	(事業所名) (電話番号)		(本事業利用に係る担当者名)	
医 師 指 示 書	助成対象額（支払額）				
	振込口座	銀行・金庫・組合		支店	
		口座番号		普通・当座	
		口座名義（カタカナ）			

※市記入欄

利用者負担額			
負担免除（区分1・2）	一般1（区分3）	一般1（区分4）	一般2（区分5）